Bijlage 1 Waardig leven met zorg

Voor de hervorming van de langdurige zorg waren er ruim 800.000 mensen aangewezen op zorg vanuit de AWBZ. Het merendeel van deze mensen wordt nu ondersteund vanuit het gemeentelijk domein en de wijkverpleging. Ruim 280.000 mensen die blijvend op 24 uur per dag zorg of permanent toezicht zijn aangewezen ontvangen zorg en ondersteuning vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).

Met de Wlz beoogt dit kabinet om het welbevinden van de mens met zijn beperking voorop te stellen. Om dit te realiseren is vernieuwing in de praktijk en in beleid nodig. Met name op het gebied van de toegang, de inkoop en de bekostiging van de zorg kan winst voor mensen worden geboekt.

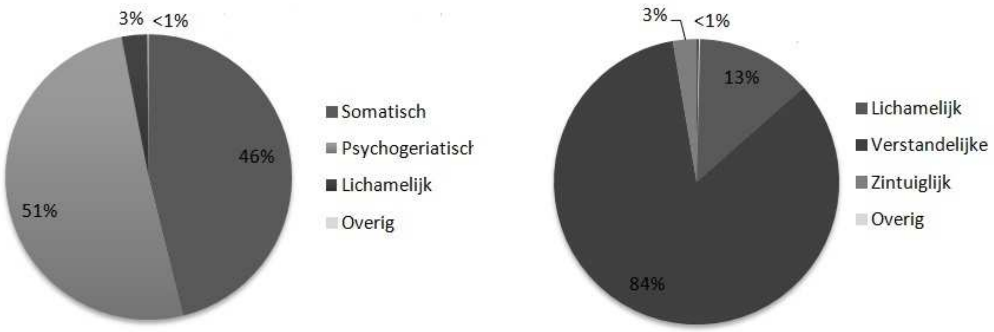
Vernieuwing in de langdurige zorg moet gericht zijn op het faciliteren van de keuzen, de wensen en de mogelijkheden van mensen om met en ondanks hun beperking te kunnen meedoen aan de samenleving. Mensen met een (zware) beperking (en hun naasten) dienen veel meer in de positie komen om hun leven – naar vermogen en wens – in te richten zoals zij dat zelf graag willen. Mensen en zorgverleners moeten zich gesteund voelen door het zorgstelsel waarin de langdurige zorg is georganiseerd. Hiervoor is nieuw zorgaanbod nodig dat een aanvulling is op het reeds bestaande collectief georganiseerde aanbod enerzijds en het volledig op het individu gerichte persoonsgebonden budget anderzijds.

Iedereen is anders
Mensen die op langdurige zorg zijn aangewezen hebben blijvend 24 uur per dag zorg of toezicht nodig. Als zij niet de zorg ontvangen die zij nodig hebben dan heeft dat voor hen verstrekkende gevolgen. Mensen in de langdurige zorg zijn zonder hulp niet in staat in hun primaire levensbehoeften te voorzien. Daarnaast kan zorg nodig zijn om hun veiligheid te waarborgen. Net als wij allen, willen deze mensen zoveel mogelijk het leven leiden zoals zij dat zelf willen. De meeste mensen willen zeggenschap over wie er voor hen zorgt en wanneer, zij willen zelf bepalen hoe zij hun dag invullen en zij willen de ruimte hebben om zichzelf te zijn met hun eigen overtuigingen, religie of geaardheid.

Om belanghebbenden de mogelijkheid te bieden zich toch een scherper beeld te vormen van de mensen die een beroep doen op de Wlz heeft het CIZ bij de introductie van de Wlz cliëntschetsen opgesteld[1]. In figuur 1 wordt op hoofdlijnen weergegeven wat de grondslag is op basis waarvan mensen een Wlz-indicatie hebben gekregen en hoeveel mensen dit zijn.

1 https://www.ciz.nl/voor-professionals/Documents/Wlz_clientprofielen_web_v6.pdf

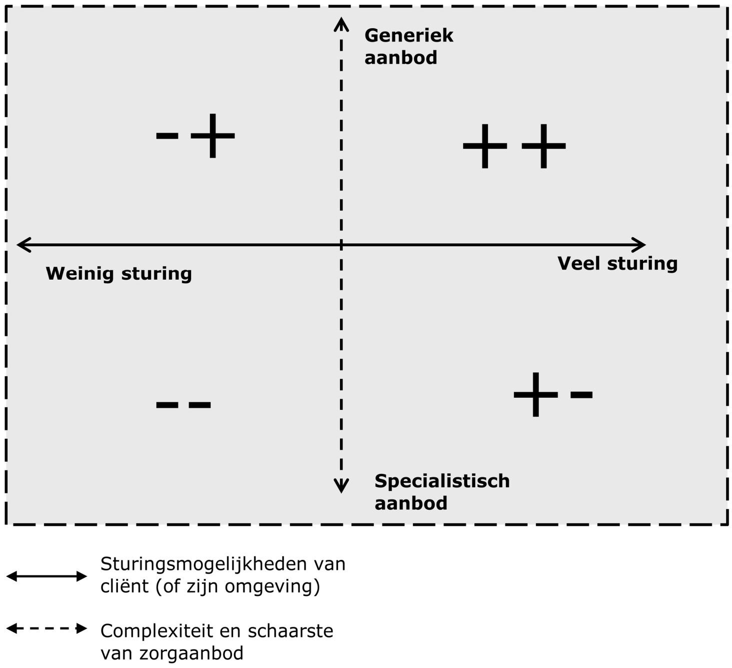
Figuur 1: Grondslagverdeling in de verpleging & verzorging (links) en grondslagverdeling in de gehandicaptenzorg (rechts)



De mate waarin mensen kunnen kiezen

Persoonsvolgendheid in het kader van waardig leven met zorg heeft betrekking op de mate waarin mensen kunnen kiezen hoe en waar zij hun aanspraak op Wlz-zorg tot gelding kunnen brengen. Hoe ver hierin kan worden gegaan wordt onder meer beïnvloed door complexiteit de zorg en de mate waarin mensen, al dan niet met hulp en ondersteuning vanuit hun netwerk of met hulp vanuit de cliëntondersteuning, het leven kunnen leiden dat zij zelf willen. In figuur 2 is dit schematisch weergegeven.

Figuur 2: De mate waarin mensen kunnen kiezen hoe en waar zij hun zorg tot gelding kunnen brengen



- Rechtsboven. Mensen in het kwadrant rechtsboven hebben relatief vaak voorkomende en/of minder complexe zorgvragen. De sturingsmogelijkheden van mensen en het zorgaanbod zijn relatief groot. Het betreft bijvoorbeeld generieke verpleging en verzorging van ouderen in een instelling. De zorg voor mensen in dit kwadrant wordt nu grotendeels collectief voor alle mensen tegelijk ingekocht. De mogelijkheden om dit meer persoonsgericht in te vullen zijn groot.
- Linksboven. Mensen in het kwadrant linksboven hebben een vergelijkbare zorgvraag maar hun sturingsmogelijkheden zijn kleiner. De vraag is of mensen al dan niet met hulp van hun omgeving voldoende in staat zijn om goede keuzes te maken. Dit is een maatschappelijk vraagstuk. Het is immers niet de bedoeling dat meer persoonsgerichtheid leidt tot verlies van beschikbaarheid of kwaliteit van zorg. Niettemin zijn er wel mogelijkheden, zeker als mensen een zorgvraag hebben waarvoor een groot zorgaanbod beschikbaar is, bijvoorbeeld voor ouderen met dementie.
- Linksonder. Bij meer specialistische en complexe zorgvragen zijn de sturingsmogelijkheden van mensen en het zorgaanbodrelatief beperkt, bijvoorbeeld omdat het zorgaanbod zeer specialistisch van aard is. Dat betreft bijvoorbeeld zorg aan ouderen met een verstandelijke handicap en dementie, of zorg aan mensen met een zwakke sociale omgeving en meervoudige beperkingen.
- Rechtsonder. In het kwadrant rechtsonder gaat het om mensen met meer sturingsmogelijkheden. Ook in dit kwadrant geldt dat het afhankelijk is van mensen (en hun omgeving) of het zorgaanbod meer persoonsgericht gemaakt kunnen worden.

Omdat de complexiteit van de zorg en de sturingsmogelijkheden van mensen door veel factoren worden beïnvloed is het niet mogelijk om op het niveau van aandoeningen of beperkingen te zeggen welke mensen zich in welk kwadrant bevinden. Bovendien kunnen mensen zich in de loop van de tijd in verschillende kwadranten bevinden. Welk zorgaanbod op welk moment het beste bij de aansluit bij de wensen en mogelijkheden van mensen vergt daarom altijd een individuele beoordeling.

Ik vind het belangrijk dat de gekozen oplossingen in elke situatie blijven aansluiten op de ambitie voor de langdurige zorg. Op dit moment zijn het Wlz-uitvoerders, zorgaanbieders en zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) die de functie hebben om deze oplossingen te zoeken en een goed evenwicht te vinden tussen de uiteenlopende belangen van mensen. Bij hen komen de publieke belangen en de praktijk van de langdurige zorg samen en ook daar moet de omslag in het denken zijn beslag krijgen. Er zijn meerdere schakelpunten in het stelsel waar Wlz-uitvoerders, zorgaanbieders en ZBO's de opgave hebben om zorg te vernieuwen en waar ruimte is om wensen en behoeften van mensen te faciliteren en te stimuleren: de belangrijkste daarvan betreffen de toegang tot het stelsel, de inkoop van zorg, de bekostiging van zorg en de innovatie van de zorg.

Meer persoonsgerichte toegang, bekostiging, inkoop en innovatie

Om te zorgen dat mensen met een (zware) beperking (en hun naasten) veel meer in de positie komen om hun leven – naar vermogen en wens – in te richten zoals zij dat zèlf graag willen moeten knelpunten in de praktijk worden weggenomen. Op basis van mijn gesprekken met betrokkenen en op basis van signalen uit de praktijk blijkt vooral op het gebied van de toegang tot de Wlz, de bekostiging van

de zorg en de inkoop van de zorg voor mensen nog veel winst te boeken. Daarnaast blijkt het doorvoeren van innovatie die aansluit bij de wensen en behoeften van mensen en die mensen in staat stelt zo veel mogelijk zelf sturing te geven aan het eigen leven nog geen staande praktijk is.

Persoonsgerichte toegang

1. Ter uitvoering van de motie Bergkamp[2] zal ik uiterlijk 1 april een adviesaanvraag doen aan het Zorginstituut en de NZa om een maatwerkprofiel te ontwerpen, inclusief een passende bekostigingssystematiek, met het doel om de Wlz-zorg die mensen thuis ontvangen beter te laten aansluiten bij hun persoonlijke situatie. Daarna zal ik besluiten over de inpassing van het advies in wet- en regelgeving. Hiermee voldoe ik tevens aan uw verzoek van 21 januari 2016[3], waarin u vraagt om de motie Bergkamp zo uit te voeren, dat de gezamenlijke adviesaanvraag (ook) gaat over een maatwerkprofiel.
2. Om te voorkomen dat de overgang naar de Wlz onnodig belastend wordt voor mensen wil ik de toegang tot de Wlz per 2017 voor de cliënt vereenvoudigen door onder andere bestaande informatie in het indicatieproces beter te benutten en te stroomlijnen. Dit kan ook leiden tot de mogelijkheid dat aanbieders een indicatieadvies afgeven in enkele bijzondere situaties zoals palliatief terminale zorg. Ik ga hierover in gesprek met betrokken partijen.
3. Om de keuzemogelijkheden van mensen te vergroten zullen zij en hun naasten geïnformeerd moeten zijn over de mogelijkheden die de Wlz biedt op het gebied van zorg in natura met verblijf, zonder verblijf en het persoonsgebonden budget (pgb). Dat betekent ook dat onafhankelijke cliëntondersteuning tijdig beschikbaar moet zijn. Ik heb met de betrokken partijen afgesproken hier vanaf 2016 invulling aan te geven.

Persoonsgerichte inkoop

4. Om mensen te helpen een weloverwogen afweging te maken tussen zorgaanbieders worden per 2017 de eisen die Wlz-uitvoerders stellen aan zorgaanbieders openbaar en begrijpelijk gemaakt.
5. Om de keuzemogelijkheden van mensen te vergroten en innovatie die aansluit bij de wensen en behoeften van mensen te stimuleren, wordt in aanvulling op de al bestaande inspanningen van Wlz-uitvoerders op dit terrein, per 2017 ook ingekocht via een ander inkoopmodel (bijvoorbeeld het Zeeuws model). Hiermee geef ik uitvoering aan de motie Potters[4] en wordt in de Wlz een Right to Challenge geïntroduceerd. Hiermee worden aanbieders meer geprikkeld om goede kwaliteit van zorg te leveren. Er zal ook regionaal ervaring worden opgedaan met het gebruik van vouchers. Met een voucher hebben mensen een individueel trekkingsrecht op Wlz-zorg dat, qua keuzevrijheid, overeenkomsten heeft met het pgb, maar waarbij zij met minder administratieve lasten te maken krijgen. Het gaat hier niet om een extra leveringsvorm, maar om het beter faciliteren van de keuzes die mensen maken. Het gaat bij zowel het Zeeuws model als het gebruik van vouchers om een regionaal experiment voor een begrensde periode en voor een deel van de zorg. Uiteraard blijven daarbij de wettelijke waarborgen voor de kwaliteit gelden. Dit experiment zal na afloop geëvalueerd worden en daarna zal worden besloten of en, zo ja, op welke wijze het experiment kan worden

[2] TK 2014 – 2015, 33 891, nr. 102
[3] Kenmerk 2016Z01171
[4] TK 2015 – 2016, 34300-XVI-43

uitgebreid. De budgettaire beheersing wordt zo nodig aangepast om budgettaire neutraliteit te waarborgen.

6. Ik wil mensen die kiezen voor het pgb, omdat zij een voorkeur hebben voor een pgb-gefinancierd wooninitiatief meer mogelijkheden geven om deze vorm van zorg ook in natura geleverd te krijgen. Daartoe maak ik afspraken met Wlz-uitvoerders en de betreffende zorgaanbieders om de pgb-financiering van deze initiatieven desgewenst om te zetten in zorg in natura.
7. Om investeringen te stimuleren in innovaties die ten goede komen aan de wensen van mensen, worden voor mensen met zeldzame en complexe aandoeningen (zoals specialistische zorg voor complexe niet aangeboren hersenletsel, de ziekte van Huntington, gerontopsychiatrie, mensen met ernstige meervoudige beperkingen en sterk gedragsgestoorde mensen met een licht verstandelijke beperking), meerjarige inkoopafspraken gemaakt.

Persoonsgerichte bekostiging

8. Om te zorgen dat de grote variëteit aan zorgvragen van mensen die zorg thuis en in een instelling ontvangen goed worden weerspiegeld in de zorgprofielen en in de bekostiging, laat ik een onderzoek doen naar de zorgprofielen en daaraan gekoppelde kosten. Hierin neem ik ook de mogelijkheid van een bekostigingcomponent voor innovatie mee. Ik zal voor de zomer van 2016 een adviesaanvraag doen bij de NZa.

Persoonsgerichte innovatie

9. Om te zorgen dat er meer wordt geïnnoveerd in de langdurige zorg zal ik de ontwikkeling van Health Impact Bonds ondersteunen. Hiervoor zal vanuit het ministerie expertise worden geleverd aan partijen die een Bond willen sluiten. Ook zal tijdelijke ondersteuning worden geboden aan het Health Impact Lab (HIBLAB) dat wordt opgezet door onder andere Society Impact. Dit betreft nadrukkelijk geen garantiestelling door VWS.
10. Om te zorgen dat er meer technologische innovaties in de zorg komen waar mensen profijt van kunnen hebben, zal ik nieuwe initiatieven ondersteunen via Zorg voor Innoveren[5].

Deze acties worden in de volgende paragrafen nader toegelicht en uitgewerkt.

<u>Persoonsgerichte toegang</u>

Om te waarborgen dat de meest kwetsbare mensen in onze samenleving ook in de toekomst gebruik kunnen maken van de langdurige zorg dient volstrekt helder te zijn wie op zorg vanuit de Wlz aangewezen zijn. Dit vereist een stevige onafhankelijke indicatiestelling en hiervoor hanteert het CIZ een landelijk uniform afwegingskader. Het CIZ beoordeelt of mensen aan het toegangscriterium van de Wlz voldoen en wijst daarvoor een passend zorgprofiel toe aan de cliënt. Voor de indeling van mensen in het best passende zorgprofiel vormt het CIZ zich een beeld van de aard, inhoud en (globale) omvang van de zorgvraag.

Bij de totstandkoming van de Wlz is voor globaal omschreven zorgprofielen gekozen zodat er ruimte is voor aanbieders en mensen om op basis van de zorgleefplanbespreking een eigen invulling aan de zorg te geven. Zonder deze koppeling is niet vast te stellen of de geleverde prestaties aansluiten bij de zorg waar mensen recht op hebben. De tarieven van deze zorgzwaartepakketten (zzp's) zijn gebaseerd op gemiddelden. Bij mensen die in een instelling of in een

[5] http://www.zorgvoorinnoveren.nl

geclusterde setting zorg ontvangen kan tussen zzp's 'gemiddeld' worden. De ene cliënt zal binnen de bandbreedte van het zorgprofiel net iets meer (of net iets minder) zorg nodig hebben dan een ander.

Alternatieven voor deze werkwijze zijn globalere danwel specifiekere profielen. Bij een globalere indeling worden er minder zorgprofielen gebruikt. Voordeel is dat er in de relatie tussen mensen en zorgverleners dan nog meer ruimte is voor maatwerk. Hiervoor is niet gekozen omdat het voor mensen in dit scenario op basis van het zorgprofiel onvoldoende helder is op welke zorg hij dan aanspraak kan maken. Bij specifiekere profielen is het omgekeerde het geval. Het zou voor mensen wel duidelijk zijn waarop hij aanspraak maakt, maar de ruimte voor maatwerk binnen het profiel op basis van het zorgleefplan (of soortgelijke plannen) zou beperkter zijn. Als de zorgprofielen specifieker zijn zal het vaker voorkomen dat bij een wijziging in de zorgvraag geherindiceerd moet worden, omdat het huidige zorgprofiel niet meer aansluit bij de zorgbehoefte. De meerwaarde van de Wlz ten opzichte van de AWBZ is juist dat indicaties op enkele uitzonderingen na levenslang geldig zijn.

1. *Ontwerpen van een maatwerkprofiel voor mensen die de zorg thuis met ondersteuning vanuit het eigen netwerk organiseren*

Voor mensen die de zorg in een instelling of in een geclusterde setting ontvangen is de huidige manier van werken (indicatiestelling in globale profielen gekoppeld aan zzp's) geschikt gebleken om schommelingen in de zorgvragen van verschillende mensen op te vangen, maar voor mensen die hun zorg in de thuissituatie willen organiseren kan de huidige werkwijze knellen. Omdat de profielen uitgaan van gemiddelden kan het zijn dat geen van de profielen aansluit bij de behoeften van de mensen die de zorg thuis willen organiseren. Voor deze mensen speelt de vraag of de zorgbehoefte specifiek vastgesteld moet worden bij de indicatiestelling of dat of dit beter nader kan worden ingekleed bij de inkoop en zorgtoewijzing.

In mijn brief van 30 november 2015[6] heb ik aangegeven welke mogelijkheden er binnen de Wlz zijn om bij de zorgtoewijzing meer maatwerk mogelijk te maken. Ook heb ik aangegeven welke stappen ik wil zetten om een maatwerkprofiel mogelijk te maken (voor mensen van wie bij de vaststelling van het indicatiebesluit al evident is dat het indiceren in het best passende zorgprofiel ontoereikend is om de benodigde zorg te bekostigen) en hoe ik daarmee invulling geef aan het amendement van het lid Dik-Faber c.s[7]. Bovendien heb ik, om tegemoet te komen aan de motie Bergkamp[8], advies gevraagd aan het Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit over de regeling meerzorg. Aan beide partijen heb ik gevraagd om aan te geven hoe de regeling meerzorg en maatwerk kan worden vormgegeven, passend bij de ontwikkelingen die zijn ingezet met de hervorming van de langdurige zorg. Tevens heb ik partijen gevraagd wat de huidige mogelijkheden en knelpunten zijn bij een maatwerkprofiel. Deze adviesaanvraag, die ik uiterlijk 1 april zal doen aan de NZa en het Zorginstituut, heb ik onlangs verbreed naar alle zorg thuis, dus niet alleen meerzorg.

In dit advies wordt ook meegenomen op welke wijze het integrale pakket van de

---

[6] TK 2015-2016, 34 104, nr. 87
[7] TK 2014-2015, 33 891, nr. 150
[8] TK 2013-2014, 33 891, nr. 102

Wlz aansluit bij individuele situaties van de cliënt en de wijze waarop hier in de indicatiestelling al rekening mee gehouden kan worden. Vanuit gemeenten, verzekeraars en cliëntenorganisaties is hiervoor aandacht gevraagd. Er zijn signalen van mensen die in aanmerking komen voor Wlz-zorg maar die liever, zonder gebruik te maken van Wlz-zorg, thuis blijven wonen. Ook zijn er signalen van gemeenten die nog mogelijkheden zien voor ondersteuning vanuit Wmo en de Zvw, terwijl mensen vanwege hun beperkingen toegang tot Wlz-zorg zouden kunnen krijgen. Het is duidelijk dat de sociale context bepalend is voor de mate waarin de thuissituatie nog voldoende veiligheid en ondersteuning biedt om Wlz-zorg te voorkomen of uit te stellen. Bij het tot stand komen van de Wlz is er ook voor gekozen om de aanspraak op Wlz-zorg op criteria te baseren die niet gebonden zijn aan een context. Dit is gedaan om te waarborgen dat de toegang tot langdurige zorg voor iedereen gelijk is. Zoals ik ook in mijn brief van 14 december 2015[9] heb aangegeven ben ik bereid om te bezien in hoeverre het meewegen van de sociale context de positie van de cliënt kan versterken.

Ik verwacht in het eerste kwartaal van 2016 rapporten te ontvangen van de NZa en het Zorginstituut over het eerder uitgezette onderzoek naar de huidige mogelijkheden en knelpunten bij meerzorg en maatwerk en de ervaringen van cliënten daarbij en zal dit aan uw Kamer toesturen.

2. *Betere aansluiting van de toegang tot de Wlz op de Wmo 2015, Jeugdwet en Zvw*

(Bijna) elke cliënt die zich voor het eerst bij het CIZ meldt ontvangt reeds zorg vanuit de Jeugdwet, de Wmo 2015 of de Zvw. Zonder het uitgangspunt van een objectieve indicatietelling los te laten kan er voor gezorgd worden dat het proces van indicatiestelling sneller verloopt en beter aansluit bij de situatie van mensen op dat moment. Door de indicatiestelling te vereenvoudigen en zorg te dragen voor een veilige uitwisseling van informatie tussen domeinen (met inachtneming van de privacy van mensen) kan (ervaren) bureaucratie voor mensen bij de toegang tot de Wlz worden verminderd. Ook de inzet van cliëntondersteuning kan hierbij een rol spelen. De inzet van cliëntondersteuning voor mensen bij de overgang van domeinen moet worden geïntensiveerd.

In het kader van het programma "Waardigheid en Trots" is er reeds een aantal aanbieders dat op dit vlak samenwerking heeft gezocht met het CIZ. Dit soort initiatieven ondersteun ik. Hen heb ik de ruimte gegeven om in bijzondere situaties indicatieadviezen voor het CIZ voor te bereiden op basis waarvan het CIZ sneller tot een besluit kan komen. Deze onderlinge afstemming is prettiger voor de cliënt en levert bruikbare verbeterinformatie voor het indicatieproces voor zowel de zorgaanbieders als het CIZ. De meerwaarde van een 'lean' indicatieproces zal vooral zichtbaar zijn als de huidige zorgprofielen worden gehandhaafd. Met de huidige zorgprofielen zijn de CIZ-indicaties, op enkele uitzonderingen na, immers voor iedereen levenslang geldig. De toegang blijft gegarandeerd, de zorg en ondersteuning fluctueert naar behoefte.

3. *Mensen meer bewust maken van de mogelijkheden van de Wlz*

Een van de meerwaarden van de Wlz is dat het pgb, het modulair pakket thuis (mpt) en het volledig pakket thuis (vpt) naast de traditionele instellingszorg via zorg in natura met verblijf als gelijkwaardige leveringsvormen zijn geïntroduceerd. Dit geeft mensen de ruimte om te kiezen voor zorgaanbod dat het beste aansluit

[9] TK 2015-2016, 34 104, nr. 98

bij hun wensen en behoeften. In de praktijk blijkt dat mensen ondanks de inzet van cliëntondersteuners niet altijd voldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden die de Wlz biedt om een afgewogen voorkeur kenbaar te kunnen maken. Vooral de mogelijkheden van zorg in natura zonder verblijf (vpt en mpt) zijn relatief onbekend bij mensen. Om te zorgen dat deze leveringsvorming ook in de uitvoeringspraktijk als gelijkwaardige leveringsvormen worden gepositioneerd worden mensen hiervan per 2016 onder meer door cliëntenorganisaties, door cliëntondersteuners, bij de toegang tot de Wlz en in het bewustekeuzegesprek expliciet geïnformeerd. Hierover ben ik met partijen in gesprek.

Daarnaast wordt Regelhulp.nl ingezet om mensen te informeren. In deze website is inmiddels de informatie over de veranderingen van de veel gebruikte website www.hoeverandertmijnzorg.nl geïntegreerd. De bekendheid van de website onder mensen zal worden vergroot in samenwerking met de betrokken cliënt- en uitvoeringsorganisaties. Ook voert de NPCF met mijn steun een onderzoek uit naar de route in de zorg die mensen doorlopen en de keuzemomenten en ondersteuning die zij hierbij nodig hebben. De resultaten hiervan kunnen ondersteunend zijn aan de bewustwording van mensen en de mogelijkheden van de Wlz.

Als blijkt dat mensen verschillende modules bij verschillende aanbieders willen afnemen dan moet daar in de zorgtoewijzing bij worden aangesloten. Ook betekent dit dat hier met de inkoop vooraf rekening mee moet houden. Voor mensen die meer flexibiliteit van zorgverlening wensen maar voor wie het pgb niet het meest passend is, zouden het vpt en mpt alternatieven voor zorg in natura met verblijf kunnen zijn.

Persoonsgerichte inkoop

Als het gaat om het vergroten van de mate waarin mensen kunnen kiezen hoe en waar zij hun aanspraken op Wlz-zorg tot gelding kunnen brengen, biedt de wijze van inkoop van zorg en de zorgtoewijzing aan zorgaanbieders door Wlz-uitvoerders mogelijkheden om zorgvernieuwing te realiseren. Met de inkoopkaders Wlz 2015 en 2016 hebben de Wlz-uitvoerders duidelijk gemaakt dat zij op een andere manier willen inkopen. Eenmalige inkooponderhandelingen maken plaats voor een intensieve dialoog waarin aanbieders en Wlz-uitvoerders gezamenlijk vanuit het perspectief van cliënt op zoek gaan naar opties voor kwaliteitsverbetering in de langdurige zorg. Ook wordt meer ruimte geboden voor de voorkeuren van mensen en worden verbeterplannen van zorgaanbieders gehonoreerd met hogere tarieven. Dit is een eerste beweging naar een inkoop van zorgaanbod wat beter aansluit bij de zorgvraag van mensen.

Persoonsvolgende bekostiging houdt in dat de zorgaanbieders pas een vergoeding krijgen voor het leveren van zorg op het moment dat een cliënt hen als voorkeursaanbieder selecteert. Volledige persoonsvolgende bekostiging is daarom een model dat grote gevolgen heeft voor de publieke belangen van betaalbaarheid, kwaliteit en beschikbaarheid in de Wlz. Bijvoorbeeld voor de invulling van de zorgplicht die Wlz-uitvoerders hebben: een van de redenen van het wettelijk verankeren van dezezorgplicht is omdat zónder deze zorgplicht het risico bestaat dat het benodigde zorgaanbod voor zeldzame zorgvragen (die vragen om een complexe organisatie voor een (zeer) beperkt aantal mensen) niet tot stand komt. Daarnaast is er een cliëntgroep waarvoor geldt dat zij niet (ook niet met behulp van hun omgeving) zelf hun voorkeuren voor een aanbieder kenbaar kunnen maken. Voor deze groep geldt dat een partij hen moet helpen om een goede, kwalitatief verantwoorde, voorkeur kenbaar te maken. Indien zorgaanbieders

volledig afhankelijk zijn van de keuzes die mensen maken, betekent dit ook meer onzekerheid in de financiering van deze zorgaanbieders met vastgoed, voor hun medewerkers en voor tevreden cliëntpopulaties.

4. *Meer transparantie over de eisen van Wlz-uitvoerders aan zorgaanbieders*

Om een goede keuze voor een zorgaanbieders te kunnen maken moeten mensen en hun naasten goed toegerust en geïnformeerd zijn. Het gaat hierbij zowel om informatie over de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven. In het kader van het programma "Waardigheid en Trots" wordt bezien hoe en op basis van welke criteria de kwaliteit van zorgverlening in de ouderenzorg kan worden verhoogd. Voor de gehandicaptenzorg maakt dit onderdeel uit van het plan van aanpak kwaliteit dat u dit voorjaar van mij ontvangt.

Ik wil daarnaast de transparantie van de inkoop verder vergroten door de inhoud van de eisen die de Wlz-uitvoerders hebben gesteld aan zorgaanbieders openbaar maken. Het betreft bijvoorbeeld informatie over de eisen aan de kwaliteit van de te leveren zorg, over de looptijd van de gemaakte afspraken en over de continuïteit van de zorg voor mensen als de afspraken tussen het zorgkantoor en de aanbieder eindigen. Waar mogelijk wordt aansluiting gezocht bij Zorgkaart Nederland. Door de productie- en ontwikkelafspraken tussen zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders voor meerdere partijen inzichtelijk te maken wil ik het voor mensen en zorgaanbieders onderling eenvoudiger maken om vergelijkingen te maken tussen zorgaanbieders. Tevens wil ik zo bewerkstelligen dat het onderscheidend vermogen tussen zorgaanbieders als het gaat om het aanbod van cliëntgerichte zorg toeneemt.

Bij meer transparantie hoort ook een goede informatievoorziening aan mensen en hun naasten. Zoals ik hiervoor reeds heb aangegeven ben ik met Wlz-uitvoerders en cliëntenorganisaties in gesprek om na te gaan hoe dit kan verbeteren, zodat mensen ook daadwerkelijk beter weten wat er mogelijk is.

5. *Toepassen van nieuwe inkoopmodellen per 2017*

Ik vind het van groot belang dat de dialooggestuurde zorginkoop zoals de Wlz-uitvoerders die vanaf 2015 hebben ingezet, een vervolg krijgt. Wanneer nieuw zorgaanbod meer ruimte krijgt, wordt ook voor bestaande zorgaanbieders de noodzaak groter om zich meer dan voorheen te richten op de wensen van mensen en hun omgeving. De kwaliteit vanuit cliënt- en naastenperspectief dient de basis te zijn van de dialoog.

Vernieuwing moet komen van bestaande en nieuwe zorgaanbieders. In de praktijk zien we echter dat in de huidige wijze van inkopen weinig gebruik wordt gemaakt van deze ruimte en dat de drempels voor toetreding van nieuwe zorgaanbieders hoog zijn. Om voor mensen de keuzemogelijkheden in het collectief georganiseerde zorgaanbod te vergroten zijn in aanvulling op en deels in plaats van het bestaande zorgaanbod nieuwe toetredende aanbieders nodig*.*.Door de ruimte binnen de wettelijke kaders beter te benutten krijgen nieuwe, kleine, innovatieve zorgaanbieders en zorgaanbieders die zorg leveren op basis van een scheiding tussen wonen en zorg een krachtige impuls[10,11] en hoeven deze niet alleen maar tot stand te komen met pgb-financiering.
Daarbij kan ook geleerd worden van alternatieve inkoopmodellen. Bij het Zeeuws

[10] TK 2014 - 2015, 33 891, nr. 168
[11] TK 2015 - 2016, 34 300, nr. 65

model van inkoop stelt de Wlz-uitvoerder kwaliteitseisen en een prijs vast voor een deel van de zorg. Alle zorgaanbieders die deze tegen deze prijs de kwaliteit kunnen leveren, kunnen in principe zorg leveren. Daarbij geldt wel dat de aanbieders pas zorg kunnen leveren als er daadwerkelijk mensen kiezen voor hun zorgaanbod. Dat betekent dat zij een constante prikkel hebben om betere kwaliteit te bieden dan een andere aanbieder in de buurt. Ook biedt het de mogelijkheid voor aanbieders die populair zijn bij mensen om meerjarig door te groeien. Hiermee ontstaat ook een sterke prikkel om het aanbod beter aan te laten sluiten op de zorgvraag.

Een andere manier om het aanbod beter te laten aansluiten op de zorgvraag betreft het inzetten van vouchers door mensen. In de toepassing van dit model in Duitsland en Zweden krijgen mensen desgewenst vouchers ter waarde van hun indicatie. Door deze vouchers te verzilveren bij een voorkeursaanbieder maken zij het mogelijk voor deze voorkeursaanbieder om een declaratie in te dienen bij de Wlz-uitvoerder voor de individueel afgesproken zorglevering. Daardoor kan de cliënt direct met de zorgaanbieder de voorwaarden bepalen onder welke condities de zorg geleverd wordt. Met een voucher hebben mensen een individueel trekkingsrecht op Wlz-zorg dat, qua keuzevrijheid, overeenkomsten heeft met het pgb, maar waarbij zij met minder administratieve lasten te maken krijgen. Het gaat niet om een extra leveringsvorm, maar om het beter faciliteren van de keuzes die mensen maken.

Om in de inkoop de zorgvraag van mensen centraal te stellen wil ik de principes van een vouchersysteem en het Zeeuws inkoopmodel inzetten. Het gaat hierbij om een regionaal experiment in enkele regio's van het land, voor een begrensde periode en voor een deel van de zorg.

6. *Toetredingsdrempels verlagen voor kleinschalige woonvoorzieningen*

Om te voorkomen dat mensen zich onterecht genoodzaakt zien om een pgb aan te vragen, omdat de vaak kleinschalige zorgaanbieders veel drempels ervaren bij de contractering van zorg in natura, wil ik deze kleinschalige woonvoorzieningen samen met Wlz-uitvoerders actief benaderen en afspraken maken over hoe deze drempels kunnen worden weggenomen.

7. *Met aanbieders van zeldzame en complexe zorg worden meerjarige inkoopafspraken gemaakt*

Verschillende zorgaanbieders geven al langer aan een sterke voorkeur te hebben voor meerjarige overeenkomsten met Wlz-uitvoerders. Dat biedt duidelijkheid en zekerheid voor de zorgaanbieders en mensen, maar ook voor de financiers. In de memorie van toelichting bij de Wlz heb ik aangegeven dat meerjarige overeenkomsten tevens een vliegwiel kunnen zijn voor kwaliteit en innovatie in de zorg. Er kunnen afspraken gemaakt worden over de inhoud van zorg, de visie van de zorgaanbieder en het basisbudget gekoppeld aan de geïndiceerde zorg. Ook kunnen ze een bijdrage leveren aan de reductie van administratieve lasten. Maar meerjarige afspraken met aanbieders hebben ook een keerzijde. Voor mensen die met de voeten kunnen en willen stemmen staan meerjarige afspraken op gespannen voet met persoonsvolgendheid. Daarom gaan Wlz-uitvoerders hier zorgvuldig mee om. Meerjarige afspraken zijn immers geen doel op zich maar een middel. Het is belangrijk dat een Wlz-uitvoerder, gezien de rol die het heeft in het kader van doelmatige inkoop, kan differentiëren tussen zorgaanbieders en flexibel moet kunnen blijven inspelen op nieuw aanbod en een veranderende zorgvraag. Mensen moeten immers wel baat hebben bij de meerjarenafspraken. Vooral voor

aanbieders die zorg leveren aan mensen met een hoogspecialistische constante zorgvraag en beperkte sturingsmogelijkheden zouden meerjarige afspraken meerwaarde kunnen bieden.

In 2015 hebben Wlz-uitvoerders de eerste stappen in deze richting gezet en in 2016 zullen nog meer stappen worden gezet. In 2016 ligt de nadruk bij de zorginkoop nog meer op transparantie, innovatie en kwaliteit. De wensen en behoeften van mensen staan hierbij voorop. Voor het inkoopproces betekent dit dat de dialoog tussen zorgkantoor en aanbieder centraal staat met op maat gemaakte afspraken voor de ontwikkeling. Deze afspraken worden gemaakt in overleg met de cliëntenraden. Hierbij is de mogelijkheid om onder voorwaarden over ontwikkelplannen meerjarige afspraken te maken. In overleg met Zorgverzekeraars Nederland monitor ik in 2016 hoe deze ontwikkeling verloopt zodat ervaringen meegenomen kunnen worden in de zorginkoop voor 2017.

Persoonsgerichte bekostiging
Zorgaanbieders ontvangen in de huidige zorgzwaartebekostiging alleen een vergoeding indien zij daadwerkelijk zorg verleend hebben aan mensen die bij hen in zorg zijn. Het tarief voor zorgaanbieders is gekoppeld aan het zorgprofiel van mensen: er is daarmee een directe relatie tussen de vergoeding die de zorgaanbieder krijgt en de zorgzwaarte van de mensen. Naast de zorg in een instelling kunnen mensen kiezen voor zorg in de vorm van een vpt, een pgb of een mpt. Dit kan thuis geleverd worden, in kleinschalig verband, of in een instellingssetting. Deze leveringsvormen zijn in de Wlz wettelijk verankerd en de voorkeur van de cliënt voor één van de leveringsvormen wordt gerespecteerd mits de zorg doelmatig en verantwoord is. Ook is een combinatie mogelijk tussen het mpt en het pgb. Bij het mpt is het bovendien mogelijk om diverse onderdelen van de zorg bij meerdere aanbieders in te kopen.

Een belangrijk principe in de Wlz is dat de zorg op verzoek van de cliënt thuis geleverd kan worden, mits dit doelmatig en verantwoord kan. Daarbij geldt nu als hoofdregel dat de kosten die thuis gemaakt worden gelijk zijn aan die in een instelling. Voor specifieke groepen kan via de Extra Kosten Thuis-regeling deze norm 25% ruimer worden gesteld en in individuele situaties is meerzorg mogelijk. Wanneer bij de toegang tot en de bekostiging van zorg in de thuissituatie stappen worden gezet in de richting van meer maatwerk en persoonsgerichtheid, is het ter wille van de betaalbaarheid nodig om normen te blijven hanteren die aangeven wat de zorg thuis (meer) mag kosten in vergelijking met de zorg in een instelling.

8. Onderzoek naar zorgprofielen en zorgzwaartepakketten in 2016

Bij de invoering van de Wlz is besloten om de zorgzwaartebekostiging te behouden en alleen "onderhoud" aan de zzp's uit te laten voeren. Dit staat ook in de memorie van toelichting bij de Wlz[12]. Bij het onderhoud in 2016 en 2017 wil ik ook laten onderzoeken wat de voor- en nadelen zijn van een clustering van de zorgprofielen en zzp's, het aantal zzp's per sector, de grondslagen en de aan zzp's gekoppelde kosten. Indien uit dit onderzoek blijkt dat het mogelijk is om het aantal zzp's, het aantal zorgprofielen bij de indicatiestelling op termijn meer persoonsgericht te maken en beter aan te laten sluiten op de praktijk ben ik bereid deze aan te passen.

Voorts wil ik bezien of de huidige prestatiebeschrijvingen en declaratiebepalingen

[12] TK 2013 - 2014, 33 891, nr. 3

een belemmering zijn voor innovatie en vernieuwing van het aanbod. De reden voor dit laatste punt is dat mij signalen bereiken dat zorginnovatie zowel voor mensen die de zorg in de thuissituatie ontvangen als binnen instellingen soms moeilijk van de grond komt omdat hiervoor geen goede prestaties beschikbaar zijn. Bovendien lopen zorgaanbieders sinds de beweging van de integrale bekostiging grotere risico's bij leegstand. Wlz-uitvoerders en mensen zullen bij de keuze voor een instelling kijken naar de kwaliteit van deze instelling. Het is te verwachten dat zij kiezen voor een instelling die met de tijd is meegegaan en door vernieuwing van zorg van hogere kwaliteit levert. Naar verwachting zal er bij een instelling waar mensen minder risico lopen op een incident, of waar de zorg beter op de persoon is afgestemd, meer zorg worden ingekocht. Hiermee leidt de integrale bekostiging ook tot een extra stimulans om te investeren in nieuwe technologieën. Met een zorginkoop die hierop aansluit kunnen deze prikkels worden versterkt.
Door de inzet van technologie die de eigen regie van de cliënt, de betrokkenheid van de mantelzorger, de effectievere inzet of het werkplezier van de medewerker bevordert expliciet onderdeel te maken van de inkoop van zorg en in de bekostiging van de zorg kan technologie tot een integraal en regulier onderdeel van de zorg worden gemaakt.

Persoonsgerichte innovatie

Zorgvernieuwing is niet mogelijk zonder dat afscheid genomen wordt van bestaande werkprocessen en activiteiten. Steeds vaker wordt gesproken over welke rol technologie kan spelen bij het op andere wijze invullen en organiseren van de zorg. Dat gaat bijvoorbeeld over beeldcontact met zorgprofessionals, valdetectie met hulp van sensoren, robotica, smartwatches en diverse apps voor mantelzorgers. Dit zijn kansrijke ontwikkelingen, maar in de toepassing vraagt dit ook verandering van zorgprofessionals, mensen of hun naasten. Met de doorontwikkeling van gezamenlijke initiatieven van VWS en het ministerie van EZ, evenals met ICT-doorbraakprojecten en Europese initiatieven gericht op het opschalen van (technologische) innovatie wordt hierin geïnvesteerd. Daarnaast hebben de minister van VWS en ik u met de voortgangsrapportage eHealth en zorgverbetering[13] op 8 oktober 2015 geïnformeerd over de acties die wij inzetten voor innovatie. Deze acties zijn gericht op mensen vanuit alle nationaal wettelijke domeinen inclusief de Wlz en moeten er onder meer toe leiden dat mensen die dat wensen door middel van technologie zo lang en zo zelfstandig mogelijk in de eigen omgeving kunnen blijven wonen. Dankzij technische innovaties en eHealth is de zorg niet meer gebonden aan tijd en plaats, maar kan meer in de eigen omgeving worden georganiseerd op een door de cliënt gewenst tijdstip.

Voor mensen in de Wlz die ook met hulp en ondersteuning vanuit de eigen omgeving en inzet van technologie niet meer de zorg in de eigen omgeving kunnen ontvangen, of voor mensen die dat niet willen, zijn technologische innovaties en eHealth ook een belangrijk hulpmiddel maar heeft de inzet een ander karakter.

In mijn streven om de zorg steeds meer persoonsgericht te maken, kan innovatie ook binnen instellingen gebruikt worden om mensen te ondersteunen om zoveel als mogelijk zelf regie te voeren en zo de kwaliteit van hun leven te verbeteren. Zij kunnen hiermee ook ruimte creëren voor een andere inzet van personeel die beter aansluit bij de wensen en behoeften van mensen.

---

[13] TK 2015 - 2016, 27 529, nr. 134

Naast het uitbreiden van de verschillende mogelijkheden van zorg en de verbetering van bestaande processen, zijn er ook technologische vernieuwingen die op een andere, meer experimentele wijze bijdragen aan de kwaliteit van wonen. Verschillende verpleeghuizen experimenteren met innovatieve technieken als robotica, 3D-printing, 'smart tech' en 'virtual reality' om de woonbeleving te vergroten. Zorgaanbieders proberen van verpleeghuizen een thuis te maken, waarbij de zeggenschap van de cliënt voorop staat.[14]

Het verlagen van de drempels voor aanbieders en nieuwe toetreders door het persoonsgericht maken van de toegang, de inkoop en de bekostiging maakt dat er een gunstiger klimaat ontstaat voor innovatie. Dit zorgt ervoor dat zorgverleners en leveranciers gestimuleerd worden om de zorg in Nederland verder te verbeteren en slimmer te organiseren. De inzet van technologie die bijdraagt aan het welbevinden van mensen wordt dan een onderdeel van de zorginkoop en van de financiering van investeringen in technologie.

9. *Ontwikkelen Health Impact Bonds*

Er wordt voorzien in de behoefte van zorgaanbieders voor nieuwe (publiek-private) investeringsinstrumenten. Een probleem waar veel zorgaanbieders namelijk nog steeds tegenaan lopen is dat de voorfinanciering van een innovatie pas na meerdere jaren wordt terugverdiend en dat vooral bij sociale innovaties kosten en baten veelal niet in hetzelfde domein neerslaan. In het verleden werden veel subsidies en tijdelijke beleidsmaatregelen ingezet om dit knelpunt weg te nemen. Een recent voorbeeld is de regeling zorginfrastructuur waarmee vanuit de AWBZ de investerings- en exploitatiekosten van de extramurale zorginfrastructuur konden worden gefinancierd. Deze regelingen hebben echter vaak slechts een tijdelijk effect. Ze zetten niet aan tot het doen van lange termijn investeringen en technologische innovaties worden vaak naast het huidige zorgaanbod gepositioneerd in plaats van dat ze ingepast worden in de organisatie en processen van het aanbod van zorg, ondersteuning en wonen. Bovendien wordt gezamenlijk investeren door (regionaal) samenwerkende publieke en private partijen hiermee niet gestimuleerd. Veel aanbieders richten zich op (financiering) van eigen kleinschalige projecten en private partijen zoals banken en investeerders hanteerden rendementseisen voor innovatie waar de kleinschalige initiatieven nooit voor in aanmerking konden komen. Om deze reden is er behoefte aan nieuwe, bij voorkeur publiek-private, investeringsinstrumenten. Veldpartijen zien dit zelf ook en zijn hiermee aan de slag. Zo heeft ActiZ afgelopen jaar de Nederlandse zorgobligatie gelanceerd.

Deze beweging wil ik stimuleren, eventueel met inzet van het experimenteerartikel Wlz, zodat het mogelijk wordt om voor mensen over de grenzen van de domeinen één integraal pakket aan zorg te bieden. Om te zorgen dat er meer wordt geïnnoveerd in de langdurige zorg zal ik de ontwikkeling van instrumenten, zoals bijvoorbeeld Health Impact Bonds ondersteunen door vanuit VWS expertise te bieden voor partijen en tijdelijke ondersteuning. De verkenning en uitwerking van het instrumentarium voor Health Impact Bonds, als nieuw publiek-private samenwerkingsvorm, kan hierbij worden benut. Deze wordt momenteel door VWS

---

[14] Nederlandse School voor Openbaar Bestuur"Van tehuis naar een thuis:Beelden bouwen in de ouderenzorg" november 2015

met het ministerie van EZ en de topsector Life Sciences and Health uitgevoerd. Op deze manier wil ik publieke en private investeringen in innovatie laagdrempelig beschikbaar maken.

10. Ondersteuning via Zorg voor Innoveren

Naast de behoefte aan samenwerkingsverbanden voor investeringen signaleer ik dat er ook behoefte is aan informatie voor aanbieders die initiatieven opzetten maar in bepaalde fasen vastlopen.

Voor zowel aanbieders, professionals als mensen is het relevant informatie te krijgen, zodat zij weten wat er anders kan. Ik zal met betrokken partijen zorgen dat de mogelijkheden van eHealth meer bekendheid krijgen bij zorgprofessionals en mensen in de langdurige zorg. Een mooi bestaand initiatief van verschillende partijen in dit kader is de online cursus www.slimmerwerkenindezorgin1minuut.nl waar al ruim 13.000 mensen gebruik van hebben gemaakt. Daarnaast wil ik inzetten op voorlichting over de reeds aanwezige ruimte voor technologische innovatie binnen bekostigingssystematiek en voorlichting over deze mogelijkheden in samenwerking met NZa. Via onder andere de uitbreiding eHealth bekostigingswijzer van Zorg voor Innoveren wil ik deze initiatieven, en zorgaanbieders in de langdurige zorg die willen vernieuwen, maar die hierbij hulp nodig hebben, actief ondersteunen. Zo kunnen zij het innovatieproces van idee tot toepassing zelfstandig en snel doorlopen en wordt dit proces eenvoudiger en transparanter.